

Data: _____

Á
CCM Eventos

Ref: Solicitação de Devolução da Taxa de Inscrição

Prezado(a) Senhor (a),

Solicito a devolução do valor R\$ _____ (_____)
referente a taxa de inscrição no Evento: _____.

Este pedido se dá devido:

Sem Justificativa	
Problemas de Saúde	
Duplicidade de Pagamento	

Nome Completo: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço-Completo: _____
_____ Cidade/E

S: _____ CEP: _____

Telefone(____) _____ Fax: (____) _____ Celular (____) _____

E-mail: _____

Banco: _____

Agencia: _____

Conta Corrente: _____

Assinatura: _____

OBS: ANEXAR O(S) COMPROVANTE(S) DE DEPOSITO e CASO PROBLEMAS DE SAÚDE,
ENVIAR CÓPIA DO ATESTADO MÉDICO.

ENVIAR PARA CCM EVENTOS:

1) VIA FAX (51) 3028 3879

2) VIA E-MAIL: congressos@ccmeventos.com.br